To the Royal College of Surgeons in London
offers
the author

NOTA

SOBRE

A OVARIOTOMIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS

NOTA

SOBRE

A OVARIOTOMIA

LIDA NA ACADEMIA REAL DAS SCIENCIAS DE LISBOA

EM SESSÃO DE 19 DE ABRIL DE 1866

POR

Antonio Maria Barbosa

SOCIO EFFECTIVO DA MESMA ACADEMIA
CIRURGIÃO EFFECTIVO DA CAMARA DE SUA MAGESTADE FIDELISSIMA
LENTE DA ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DE LISBOA
CIRURGIÃO DO HOSPITAL REAL DE S. JOSÉ
COMMENDADOR DA ORDEM DE S. THIAGO DO MERITO SCIENTIFICO, LITTERARIO E ARTISTICO
CAVALLEIRO DA ANTIGA E MUITO NOBRE ORDEM DA TORRE E ESPADA
MEMBRO DE VARIAS ASSOCIAÇÕES SCIENTIFICAS NACIONAES E ESTRANGEIRAS

PRESENTED by the AUTHOR.

LISBOA
TYPOGRAPHIA DA ACADEMIA
M DCCC LXVI

NOTA SOBRE A OVARIOTOMIA

A PROPOSITO DA PRIMEIRA OPERAÇÃO D'ESTA ESPECIE PRATICADA EM LISBOA

Os kystos do ovario constituem uma doença mui grave, cujo tratamento tem merecido a maior attenção dos cirurgiões.

Abandonados a si ou tratados simplesmente pelos meios medicos são geralmente incuraveis, e determinam a morte em um periodo de poucos annos, sobre tudo quando se teem desenvolvido na época da puberdade. As estatisticas seguintes comprovam esta asserção.

Em 100 casos de tumores cysticos dos ovarios não submettidos a tratamento cirurgico, mas tratados sómente por agentes medicos, o dr. Lee observou os seguintes resultados com respeito á duração média das doentes:

26	morreram	no fim de 1 anno
19	»	aos 2 annos
13	»	» 3 »
8	»	» 4 »
23	»	» 5 »
11	»	passado mais tempo
100		

Em outra estatistica que abrange 123 casos o resultado foi o seguinte:

63	doentes morreram	em 2 annos
60	» »	» 4 »
123		

Por tanto proximamente metade das doentes não tratadas por meios cirurgicos, ou submettidas sómente aos agentes medicos, morre nos dois primeiros annos de doença.

Cazeaux referiu tambem na Academia de Medicina de Paris, em 1856 (sessão de 19 de novembro), que de 31 mulheres que padeciam kystos ovaricos só 7 tinham vivido mais de dez annos, e que todas as outras haviam fallecido, termo médio, dos dois aos dois e meio annos, a contar do momento em que o tumor tivera volume apreciavel.

A inutilidade, pois, dos agentes therapeuticos propriamente medicos, tem levado a procurar nos processos cirurgicos os meios de livrar a mulher d'aquella doença, que a conduz quasi constantemente á morte em um espaço de tempo mais ou menos curto, depois de a fazer arrastar uma vida mais ou menos penosa e afflictiva.

A puncção simples, a puncção seguida de injecções iodadas, e a extirpação dos tumores enkystados do ovario, teem sido os meios mais usados com o fim de melhorar temporariamente ou de curar definitivamente esta gravissima doença.

A incisão, que Ledran empregou pela primeira vez em 1737 e repetiu em 1746 [1], durando a primeira doente quatro annos com uma fistula, e curando-se a segunda depois de conservar uma canula no abdomen por espaço de dois annos; empregada mais tarde por Delaporte em um kysto gelatinoso de que falleceu a operada aos treze dias, ainda que tenha dado um certo numero de curas, mesmo a cirurgiões do nosso seculo, está inteiramente abandonada na actualidade para que se conte este methodo entre os empregados hoje no tratamento dos kystos ovaricos.

A *puncção simples*, além de não ser sempre sem perigo, mesmo immediato, só é applicavel nos casos em que o tumor ovarico é constituido por uma só ou por poucas cavidades, e o contento bastante fluido para poder sair pela canula do trocate de paracentese. E ainda assim, este methodo não passa de um tratamento palliativo, que só allivia mais ou menos temporariamente, mas a que em geral se segue mais prompta reapparição do liquido, que obriga a repetir com intervallos cada vez menores o mesmo modo de proceder, seguindo-se por fim o progressivo enfraquecimento das doentes, e mais ou menos tarde a morte inevitavel.

Nas estatisticas seguintes se póde vêr como são pouco satisfactorios os resultados d'este meio operatorio na sua applicação aos tumores cysticos dos ovarios.

[1] *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. II, pag. 433 e 482.

As de Southam, de Th. S. Lee e de Kiwisch, que reunem 132 observações de kystos do ovario tratados pela puncção, mostram o seguinte:

25	doentes	falleceram	pouco tempo depois da operação
24	»	»	nos seis mezes seguintes
22	»	»	no primeiro anno
21	»	»	no segundo anno
11	»	»	no terceiro anno depois da primeira puncção
29	viveram mais tempo		
132			

Por tanto em 132 operadas houve 71 mortes, ou mais de metade, um anno depois da primeira puncção, e 103 nos primeiros tres annos. E nas 29 que sobreviveram mais tempo o resultado final foi como se segue:

13	morreram dos quatro aos sete annos
3	» de doenças differentes dos kystos
7	não foram seguidas
3	melhoraram ou foram alliviadas
3	foram radicalmente curadas
29	

De 31 mulheres semelhantemente tratadas pelo dr. West [1], 2 morreram em seguida á primeira puncção, e 1 falleceu depois da segunda.

O sr. Cruveilhier cita tambem, no seu tratado de Anatomia Pathologica Geral, 3 casos de morte prompta seguida á puncção simples dos kystos do ovario [2].

Delpech viu morrer uma rapariga algumas horas depois da puncção simples em um caso de kysto sem adherencias; e Jobert testemunhou em Paris um facto semelhante.

O sr. Velpeau viu succumbir 4 doentes poucos dias depois da puncção simples, mas esses casos, no dizer do sabio professor, foram excepcionaes: os kystos eram complexos, muito volumosos, e continham materias solidas e gelatiniformes, cuja evacuação foi alguma vez impossivel mesmo com trocate grosso. Mas além d'estas praticou até 1856, no espaço de mais de trinta annos, 310 ou 312 puncções (em 98 doentes), e não se lembra ter visto em nenhuma d'estas accidente grave immediato ou consecutivo, sobrevivendo a maior parte das

[1] *On diseases of women*, part. II, pag. 134.

[2] *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, pag. 435 e 436.

operadas de seis a dezoito annos[1], apesar de ter praticado em algumas de seis a trinta e nove puncções[2].

De todos estes factos deduz-se que a puncção dos kystos do ovario é perigosa, porque algumas mulheres teem fallecido no mesmo dia ou nos primeiros dias depois da operação; que rarissimas vezes é seguida de cura; que poucas vezes melhora de modo satisfactorio a não ser por pouco tempo; e emfim que em geral mais frequentemente apressa do que retarda a terminação fatal, porque a maior parte das operadas succumbe no primeiro anno e bastantes no segundo anno da operação. Se é certo que algumas vezes se vêem exemplos de mulheres com tumores kysticos dos ovarios vivendo, a beneficio das puncções, com saude relativamente boa, dez, quinte, dezoito annos e mais, esses casos devem ser tidos como excepcionaes, e pertencem aos kystos que se desenvolvem depois da edade adulta, que teem naturalmente marcha mais ou menos lenta. Fóra d'esses casos a regra é sobrevir a morte no primeiro anno ou no fim do segundo anno de uma vida mais ou menos incommoda e miseranda especialmente nos kystos que começam na puberdade, cuja marcha é sempre, mais rapida.

A puncção, por tanto, é um meio de que só se deve lançar mão em casos extremos, para alliviar temporariamente dos effeitos da compressão sobre os orgãos thoracicos e abdominaes. Como já pensava Franck, a puncção simples é um meio de allivio *(ad solatium)*, mas que aggrava frequentemente a doença, transformando bastantes vezes os kystos serosos em kystos purulentos com febre hectica.

A *puncção seguida de injecções iodadas*, particularmente conforme o processo do sr. Boinet, que a applicou e aconselhou desde 1847, é um recurso therapeutico que tem dado um certo numero de curas, ainda que para isso seja muitas vezes preciso repetir a puncção e injecções.

Na *Gazette hebdomadaire* de 21 de novembro de 1856, em um escripto do sr. Boinet sobre o assumpto, estão consignados 44 casos de kystos do ovario ope-

[1] *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XXII, pag. 189 e 190.

[2] Não é este o maximo numero de vezes que a mesma mulher tem sido punccionada por motivo de kystos do ovario:

Chezelden punccionou 57 vezes a mesma mulher;

Hunter falla de uma que foi punccionada 80 vezes em vinte e seis annos;

Lorey falla de outra em quem a puncção foi praticada 100 vezes em trinta annos;

John Latham, 155 vezes em oito annos;

Bamberger viu uma mulher de quarenta annos que foi punccionada 253 vezes em oito annos.

rados por diversos praticos desde 1847 até 1856, com uma ou mais injecções iodadas, cujo resultado foi o seguinte:

29 mulheres foram curadas, todas tendo kystos uniloculares
1 em via de cura
5 não curadas
9 mortas
44

Das 9 mortes, 6 deram-se em casos de kystos multiloculares, e 3 em kystos uniloculares. As 5 não curadas tinham kystos multiloculares.

Em uma estatistica posterior, mais extensa, citada na edição franceza da obra de Churchill, e que abrange 130 operações, refere o mesmo medico 64 curas, ou 1:2 proximamente, o que é de certo excellente resultado attendendo á qualidade da doença em que é obtido.

Os factos seguintes do resultado da puncção e injecções iodadas nos kystos ovaricos, foram referidos na Academia de Medicina de Paris durante a discussão já citada, de 1856 e 1857.

O sr. Huguier em 9 operações observou 5 curas sem accidentes serios, 2 recidivas depois de duas puncções e uma injecção iodada, 1 em que ficou permanentemente um canal fistuloso, e 1 só vez peritonite grave consecutiva, que todavia se curou.

O sr. Robert em 6 operações observou 4 curas e 2 reproducções.

O sr. Nelaton em 10 ou 12 casos da sua pratica alcançou 4 curas em kystos serosos, e 6 ou 8 recidivas em kystos albuminosos.

O sr. Monod em 8 observações teve 6 curas, 1 recidiva e 1 morte.

No tratado pratico das doenças das mulheres, de Churchill[1], citam-se ainda os factos do dr. Clay, de Manchester, que, praticando a operação 4 vezes, obteve 3 casos de cura, morrendo 1 doente; e do dr. Simpson que a fez 10 ou 12 vezes, curando-se a maior parte das mulheres e reproduzindo-se o liquido em algumas, etc.

Portanto este methodo operatorio, com quanto efficaz em um certo numero de casos, está sem duvida bem longe de ser innocente. Factos ha em que a morte se tem seguido muito proximamente á operação, determinada pela peritonite. Eu mesmo tenho na minha pratica um d'estes casos. Depois de ler as Memorias do sr. Boinet sobre o tratamento da ascite[2], e sobre a cura radical

[1] *Traité pratique des maladies des femmes*, por Fletwood Churchill, trad. franc. por Alexandre Wieland e Jubs Dubrisay, part. I, pag. 624.

[2] *Gazette médicale de Paris*, 1851.

das hydropisias do ovario pelas injecções iodadas[1], comecei em 1852 a fazer aquelle tratamento operatorio nos casos em que era aconselhado pelo pratico francez.

Alguns casos de ascites tratadas pelas injecções iodadas havia tido muito felizes e todos animadores[2], mas na ultima mulher, a sexta, que operei na enfermaria de Santa Anna do hospital de S. José, dirigida pelo meu amigo e collega o dr. Lucas de Sá, a qual contava vinte e quatro annos de edade, e tinha um enorme kysto seroso unilocular do ovario esquerdo, e em quem pratiquei a injecção de tintura de iodo iodurada diluida na proporção de 1:8, como a havia feito nos casos anteriores, seguiu-se a morte, por peritonite, no dia immediato ao da operação.

Mas abstrahindo da gravidade do processo therapeutico, que é certamente muito menor que a da ovariotomia, particularmente empregando, como convem, os meios hoje conhecidos de prevenir o derramamento do liquido da injecção na cavidade peritoneal, a puncção e injecções iodadas não pódem ser applicaveis senão nas condições em que o é a puncção simples, isto é, em kystos ovaricos uniloculares ou com poucas cavidades e contendo liquido sufficientemente fluido; e de nenhum modo em casos de kystos multiloculares com liquido espesso, como na doente em quem pratiquei a ovariotomia e que motiva este escripto. Mesmo em casos de kysto unilocular, quando o liquido contido é viscoso, as injecções são infructiferas. Só póde, pois, haver esperança de cura quando o liquido do kysto ovarico tiver os caracteres da serosidade.

A *extirpação dos kystos do ovario*, ou a *ovariotomia*, é sem duvida o mais immediatamente grave, mas tambem, em compensação, o mais seguro dos meios empregados para a cura radical da gravissima doença que faz tantas victimas na metade mais sympathica da especie humana.

A ovariotomia, das mais audaciosas e importantes, senão a mais audaciosa e importante das operações da grande cirurgia, tem sido muitas vezes praticada no estrangeiro para curar radicalmente os tumores enkystados do ovario, e muitas mulheres devem a vida e a saude áquelle grave recurso operatorio.

Bastantes vezes empregada na America, onde começou a ser feita com muita felicidade por Mac Dowal, de Dansville (Kentucky) em 1806, e na Alemanha, onde Chrysmar, de Isny (Wurtemberg), a praticou pela primeira vez no anno de 1819, mas especialmente na Inglaterra, a partir de 1823 em que Lizars, de Edimbourg, começou a pratical-a sem resultados animadores, e mais particularmente desde 1840 em que principiaram a fazel-a os primeiros cirurgiões de Lon-

[1] *De la cure radicale des hydropisies de l'ovaire par les injections iodées*, Paris, 1852.
[2] *Gazeta Medica de Lisboa*, t. I, 1853, pag. 87, e t. II, 1854, pag. 60.

dres, a operação a que me refiro não era praticada em França até ha pouco tempo, ainda que tivesse sido um cirurgião francez, Laumonier (de Rouen), o primeiro que praticou a extirpação do ovario no anno de 1781, em um caso de hydropisia da trompa de Falopio complicada de ovarite em uma mulher de vinte e dois annos.

Havia para esta timidez dos operadores francezes ponderosas razões. A Academia de Medicina de Paris havia condemnado a ovariotomia, em 1856 e 1857, a proposito da discussão suscitada por parte do sr. Velpeau e de Malgaigne pelo methodo de tratamento do sr. Barth nos kystos do ovario, que provocou um novo trabalho do sr. Boinet, lido na sessão de 8 d'abril de 1856, com o seguinte titulo: *Quelques reflexions sur le traitement des hydropisies des ovaires par les injections iodées à l'occasion d'un nouveau mode de traitement proposé par M. Barth*. Na sessão de 25 de novembro de 1856 o sr. Velpeau proclamou a ovariotomia como operação temeraria, perigosa, que merecia ser proscripta sem reserva, e felicitava a cirurgia franceza de não ter ainda imitado n'esta parte a pratica estrangeira. Outros membros d'aquella illustre corporação, como Malgaigne, Hugier, Moreau, Curveilhier[1] e Jobert de Lamballe, expenderam a mesma opinião. Houve só um academico, o dr. Cazeaux, que então a defendeu como um recurso extremo em certos casos.

O voto, pois, da primeira corporação medica de França sendo contrario á ovariotomia, e não tendo sido referidos por ninguem n'essa discussão os dois casos felizes de ovariotomia occorridos em 1844 e 1847 na pratica de Woyeikowski, de Quingey (Doubs), e de Vaullegeard, de Condé-sur-Noireau (Calvados), não admirava a tibieza dos cirurgiões francezes a respeito d'aquelle meio operatorio[2].

Entretanto os jornaes medicos iam cada dia registando os resultados felizes que a operação alcançava, sobre tudo em Inglaterra, nas mãos dos cirurgiões mais eminentes e auctorisados. Estes factos, revestidos de toda a authenticidade, fizeram nascer nos primeiros cirurgiões de Paris o desejo de intentar a operação apesar de anteriormente regeitada pela Academia de Medicina. Por esse tempo um medico, tão distincto como consciencioso, versado nas linguas ingleza e alemã, determinou-se a estudar desapaixonadamente todo o valor das ovariotomias praticadas na America, na Inglaterra e na Alemanha, não só pela

[1] A opinião d'este professor está actualmente muito modificada, como se póde ver lendo o que o celebre anatomo-pathologista escreve a pag. 12, 14 e 130 do t. V do seu *Traité d'anatomie pathologique générale* impresso em 1864, e comparando-o com o que escreveu a pag. 432 do t. III, impresso em 1856.

[2] A Academia tem tambem hoje modificado muito o seu conceito sobre o assumpto, como o prova o premio de dois mil francos conferido ao dr. Koeberlé, de Strasbourg, pelo feliz resultado da ovariotomia na sua pratica.

analyse severa e conscienciosa das observações escriptas, como pelas relações que estabeleceu com quasi todos os operadores e algumas operadas. Resultou d'esse inquerito um trabalho muito valioso sobre a ovariotomia, que começou a ser publicado na *Gazette hebdomadaire* de 5 d'outubro e terminou na de 14 de dezembro de 1860. N'este escripto *(Étude historique et critique sur l'extirpation des tumeurs cystiques de l'ovaire)*, vem a estatistica geral de todas as operações conhecidas até 1 de março de 1860, feita por John Clay (de Birmingham), e publicada em fórma de appendice á obra de Kiwisch sobre as doenças do ovario. N'este documento estão registadas 537 operações de ovariotomia executadas ou apenas tentadas. N'este numero ha 212 curas definitivas ou 1:2,53; e 183 mortes em seguida á extirpação. Em 87 a operação não modificou a doença, mas tambem não apressou a terminação fatal; e em 55 a tentativa só da operação determinou a morte.

Posteriormente o numero de operações conhecidas é muito maior e os resultados não são menos favoraveis. No *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales* do sr. P. Garnier, de 1865, vem referidas, até ao mez de novembro de 1863, 742 ovariotomias distribuidas na fórma seguinte pelos paizes onde teem sido feitas:

Inglaterra	467
America	165
Alemanha	74
França	28
Outros paizes	8
Total	742

N'este numero ha 585 extirpações completas com 330 curas e 255 mortes ou 1:1,29; 27 extirpações parciaes com 11 curas e 16 mortes; 87 operações abandonadas por motivo de adherencias, em que se contam 61 curas temporarias e 26 mortes; 20 extirpações de tumores extraovaricos com 7 curas e 13 mortes; e emfim 23 extirpações abandonadas por erro de diagnostico, em que se contaram 16 curas e 7 mortes.

Como dizia, aquelle importantissimo escripto do dr. Worms concorreu muito directamente para a introducção da ovariotomia em França.

No fim do anno de 1861 o illustrado professor de clinica cirurgica na Faculdade de Medicina de Paris, o sr. Nelaton, resolveu ir a Londres ver praticar a ovariotomia. Chegado a Paris de volta em fins de novembro d'aquelle anno, deu conta das suas observações em uma lição feita no hospital das clinicas, em que se referiu a 5 operações feitas por Backer-Brown, nas quaes havia até ao tempo da sua saida de Londres 3 curas definitivas, um caso de cura provavel

e outro de prognostico pouco favoravel. Nelaton viu operar uma doente em 21 de novembro, as outras quatro viu-as mais ou menos dias depois da operação, e algumas d'ellas já curadas.

O celebre professor, cheio de enthusiasmo pela ovariotomia, na referida lição convidou os seus collegas francezes a pratical-a, e insinuou-lhes que temessem menos as suas desagradaveis consequencias.

Em 27 do mesmo mez, o mencionado professor fez apresentar em sessão da Sociedade de Cirurgia de Paris, por intermedio do sr. Houel, duas peças anatomicas trazidas de Londres, que eram dois kystos multiloculares do ovario extrahidos por Bacher-Brown. Por essa occasião o illustre conservador e preparador do Museu Dupuytren, deu conta da observação de Nelaton em Londres, contou que Bacher-Brown havia até então feito 16 operações curando 12 operadas e tendo perdido 4; e que as estatiticas da Inglaterra, da America e mesmo da Alemanha davam 60 curas em 100 operações, resultado de certo assás animador.

Até este tempo a ovariotomia, além do caso de Laumonier, de Rouen, tinha sido praticada 6 vezes em França. A primeira em 1 de maio de 1844 sendo operador o dr. Woyeikowski, de Quingey (Doubs), salvando-se a doente que tinha quarenta annos e cujo tumor pesava seis e meia libras[1]. A segunda em 15 de setembro de 1847 feita pelo sr. Vaullegeard, de Condé sur Noireau (Calvados), com o mesmo resultado, em uma mulher de vinte cinco annos, cujo tumor pesava pouco mais ou menos dezoito libras[2]. A terceira em outubro de 1848 pelo sr. Maisonneuve em uma doente de vinte e tres annos do hospital Cochin, que falleceu vinte e duas horas depois da operação[3]. A quarta em 1858 pelo sr. Rigaud, de Strasbourg, morrendo tambem a operada muito rapidamente. A quinta em 1859, tambem com mau resultado, sendo operador o sr. Boinet. E a sexta em abril de 1861 sendo operador o sr. A. Richard e a operada uma rapariga que morreu em quinze ou vinte horas depois, nas visinhanças de Troyes onde a operação foi praticada. N'estas 6 operações tinham sido salvas só duas mulheres na provincia, mas estes 2 casos de cura eram tão pouco conhecidos que, como já disse, nem foram citados na discussão academica de 1856 e 1857.

Era este o estado da questão na França quando o sr. Nelaton emprehendeu a alludida viagem a Londres. Depois d'esta viagem e dos seus resultados a ovariotomia foi praticada em Paris pela primeira vez em 2 de fevereiro de 1862

[1] *Revue médico-chirurgicale de Paris*, juin 1847, pag. 359.

[2] *Gazette des Hospitaux*, 1848, t. X, pag. 92 e *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1848, pag. 324.

[3] *Des opérations applicables aux maladies de l'ovaire* par J. G. Maisonneuve (de Nantes), chirurgien en chef de l'hôpital Cochin. Paris 1850, pag. 104. These de concurso.

pelo sr. Demarquay, que foi o primeiro cirurgião que veiu em Paris ao convite d'aquelle professor. A operação foi praticada com a assistencia de Nelaton, em Saint-Germain, em uma rapariga de dezenove annos que morreu tres dias depois. Seguiu-se a esta a primeira operação praticada em Strasbourg por Koeberlé no dia 2 de junho do mesmo anno em uma mulher de vinte e seis annos que se curou. O sr. Nelaton fez em Paris na casa de saude do sr. Duval a sua primeira ovariotomia em 17 d'aquelle mesmo mez e anno, em uma doente de vinte e seis annos, que tinha um kysto multilocular do ovario com oito litros de liquido, tendo o desgosto de ver morrer a doente com o tetano vinte e um dias depois da operação, cujo resultado se annunciava a principio muito animador. O mesmo cirurgião praticou outra ovariotomia em 9 de julho seguinte em uma mulher de quarenta e um annos que se curou. Em 22 d'este mesmo mez Demarquay fez em Paris uma segunda operação em uma mulher de trinta e nove annos, cujo kysto tinha dezoito annos e pesava quarenta libras, a qual morreu vinte e quatro horas depois. A mesma sorte teve a terceira operada de Nelaton.

No resto do anno de 1862 o dr. Parise (de Lille), Desgranges (de Lyon), Richard e Boinet (de Paris) fizeram mais quatro das mesmas operações, curando-se duas doentes, a de Desgranges, de Lyon, e a de Boinet, de Paris, cuja operação foi feita na *avenue de Meudon*, na casa de campo pertencente á administração da *Assistence publique* de Paris, posta á disposição do operador pelo sr. Husson.

Depois d'estas primeiras 10 ovariotomias praticadas em França no anno de 1862, das quaes 7 em Paris, em que se contam apenas 3 casos de cura, outras foram praticadas em França nos annos seguintes, por fórma que até junho de 1864 inclusivè contavam-se em França 54 operações com 20 curas e 34 mortes; devendo notar-se que d'estas 54 operações 20 haviam sido praticadas em Paris com 3 curas e 17 mortes, e 34 nas provincias com 17 curas e 17 mortes, entrando n'esse numero 12 operações praticadas por Koeberlé, de Strasbourg, com 3 mortes e 9 curas. (*Dict. annuel des progrès des sciences et institutions médicales* par mr. Garnier, 1864, pag. 349)

Até ao fim do anno passado tem augmentado o numero de operações praticadas em França, avultando sobre tudo mais 6 feitas em Strasbourg por Koeberlé, de que se curaram 4, tendo por tanto este cirurgião em 18 operações 13 casos felizes, sendo para notar que n'esta parte da França onde a ovariotomia tem sido mais feliz, a operação cesariana é tambem habitualmente seguida de excellentes resultados. Além d'estes houve tambem em Lyon, Montpellier, Dijon e em Paris alguns casos felizes em numero de 6 occorridos todos de 1864 a 1865, sendo operadores os drs. Desgranges (de Lyon), Courty (de Montpellier), Brulet (de Dijon), Berrut, Pean e Labbé (de Paris). O professor Nelaton tambem obteve pela sua parte, depois da primeira, mais algumas curas, mas fóra de

Paris. Até março de 1864, segundo o meu conhecimento, o celebre professor tinha salvo 4 mulheres em 8 operações motivadas todas por kystos multiloculares com liquido filamentoso, e por tanto incuraveis pelas injecções iodadas, e devendo terminar fatalmente em um espaço de tempo mais ou menos rapido. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1864, pag. 108)

Depois que a ovariotomia foi acceita definitivamente na pratica cirurgica da França, tem sido praticada n'outros paizes onde ainda não havia chegado a ser feita.

Em Hespanha foi praticada uma vez com resultado favoravel pelo distincto cirurgião e meu amigo, o sr. Frederico Rubio, de Sevilha, em 16 de abril de 1864. Já naturalisada em Zurich pelo professor Breslau, foi tambem posta em pratica com feliz exito na Suissa franceza, em Vevey, pelo dr. Montet em uma rapariga de vinte e seis annos operada em 8 de dezembro de 1864. Na Italia foi executada pelo dr. Peruzzi, de Sinigaglia, pela primeira vez em janeiro de 1865, seguindo-se infelizmente a morte pouco depois da operação, que foi laboriosa por effeito das muito extensas adherencias. Este mau resultado foi comtudo compensado pelo exito de uma segunda operação praticada em Modena pelo professor Bezzi.

Na Belgica a ovariotomia fôra tambem executada, ainda que não por cirurgião nacional, mas pelo celebre ovariotomista inglez, o dr. Spencer-Wells, que foi convidado pelo sr. Deroubaix a praticar a operação no hospital de S. João de Bruxellas em uma mulher de cincoenta annos, que, apesar de operada pelo tão habil como feliz operador inglez, morreu comtudo ao quarto dia com symptomas de peritonite.

Na Australia a ovariotomia conta tambem alguns resultados felizes.

Portugal não se havia ainda associado ao progresso d'estes paizes na pratica da ovariotomia. A generalidade dos collegas de Lisboa, e posso dizer de Portugal, era-lhe adversa. Mas o conhecimento do que se passava no estrangeiro, particularmente dos resultados das operações de Clay (de Manchester) que em 111 ovariotomias, praticadas desde 10 de junho de 1842 até dezembro de 1864, salvára 77 mulheres, morrendo-lhe da operação 34[1]; de Spencer-Welles, de Londres, que em 114 operações, desde 19 de fevereiro de 1858 até 30 de novembro de 1864, obtivera 76 curas, com 38 mortes[2]; de Baker-Brown que, até abril de 1864, em 64 operadas tem salvo 34, fallecendo-lhe 30; e de Koeberlé,

[1] Aqui não são comprehendidas 4 operações incompletas, e 2 em que a operação foi abandonada depois da incisão do abdomen, sendo as seis doentes dadas como curadas, o que quer dizer que não morreram da operação. (*The Lancet*, n.º 8, 1865)

[2] Além d'este numero o auctor teve 10 em que a operação não foi completa, e em 1 o tumor foi só parcialmente extirpado. (*Diseases of the Ovaries, their diagnosis and treatement* by Spenser-Wells, London 1865)

de Strasbourg, que em 18 operadas tem curado 13, não devia ser perdido para Portugal.

Estes resultados, segundo os quaes se salvaram os dois terços das operadas, mostrando que a ovariotomia era menos mortifera que a operação da talha em certos velhos, e do que a amputação da parte superior da coxa que dá uma cura em quatro operações, e de que comtudo nenhum clinico contesta a legitimidade, fizeram nascer em mim o desejo de praticar a ovariotomia quando se me deparasse um caso em que a doença não podesse ser melhorada por nenhum dos recursos operatorios que são applicaveis antes de pensar na extirpação. Deu-se com effeito esse caso em uma doente de vinte e tres annos, solteira, que tinha um kysto ovarico que começára a ser percebido havia tres annos, e que nos ultimos mezes crescêra desmedidamente até encher todo o ventre, comprimir os intestinos e as outras visceras abdominaes, levantar o diaphragma exercendo pressão sobre os orgãos thoracicos, a ponto de incommodar muito a doente, começar a emagrecel-a e a inutilisal-a. Accrescia a estes effeitos do grande volume do tumor que o kysto era multilocular, e o conteudo muito espesso, de modo a não sair pela canula de um grosso trocate de paracentese, com que o punccionei sobre a linha branca, se não uma ou duas colheres de humor como clara de ovo grossa.

Não havendo senão dois partidos a tomar: ou deixar morrer a doente entregue á sua infeliz sorte e aos horrores de uma morte mais ou menos lenta, pelo modo porque o fazem os tumores d'aquella ordem; ou tentar um meio perigoso, mas que podia restituir-lhe em pouco tempo a saude e vida florescente, curando radicalmente a doença. Conscio, pois, da utilidade que se podia tirar da ovariotomia, propuz a operação á doente e á familia, sem lhe occultar todas as suas consequencias. A operação foi acceita e pedida com instancia.

Antes de a praticar pedi a alguns collegas, parte dos quaes tinham relações com a familia da doente, que a observassem e vissem se a operação que eu propunha estava indicada. Os collegas successivamente consultados, os srs. Alves Branco, dr. Cunha Vianna, dr. May Figueira, dr. Costa Simões e Ignacio R. da Costa Duarte, concordaram com a minha opinião. Consequentemente pratiquei a ovariotomia, seguindo um processo muito semelhante ao de Koeberlé, e apesar do resultado infausto que teve logar ao setimo dia da operação, não me arrependo de a haver proposto e praticado.

A imprensa medica do paiz e a estrangeira, franceza [1] e ingleza [2], pelos seus orgãos mais auctorisados sanccionaram o meu procedimento, e animam-me a proceder do mesmo modo para o futuro.

[1] *L'Union Médicale* de 13 de março de 1866, pag. 472.
[2] *The Lancet* de 17 de março de 1866, pag. 283.

Não é aconselhada e não se opera a extirpação de tumores não malignos com que os doentes podiam viver muito tempo, mesmo toda a vida, sem grande incommodo, e a essas operações, ainda as menos extensas e as menos graves em apparencia, não se segue ás vezes a morte em poucos dias ou em poucos momentos por um accidente impossivel de prevenir e que nem mesmo se podia prever?

Quando a extirpação é de um chondroma, de um cancer, de um tumor epithelial, fibro-plastico, heteradenico, ou ainda de outra natureza, além dos perigos immediatos não correm os doentes os da reproducção da doença? E comtudo o cirurgião hesita em propor e praticar a operação quando julga a doença que a reclama ainda localisada, e por tanto toda extirpavel, ainda mesmo que o doente abandonado á sua sorte podesse contar com um ou mais annos de vida?

Nos aneurysmas cirurgicos, para curar os quaes é precisa a laqueação de uma volumosa arteria, deixa esta operação de ser proposta e praticada quando não tem contraindicação, porque succede que os doentes bastantes vezes succumbem, apesar de, se não fosse feita, poderem viver um tempo mais ou menos longo?

A amputação da coxa por lesão traumatica e por doenças chronicas dos ossos não é summamente grave, e a cirurgia repelle-a ou deixa de a praticar porque de tres ou quatro doentes consegue salvar apenas um?

A operação da talha nos velhos, particularmente quando a pedra é de certo volume, deixa de fazer-se pela consideração de que a mortalidade é mui grande n'essas circumstancias?

Certamente não.

É preciso, pois, semelhantemente, na ovariotomia não esquecer que a doença que a aconselha é incuravel por outros meios mais seguros e menos perigosos; que com quanto a mulher com um kysto multilocular do ovario possa viver ainda mezes, um anno e mais tempo, se se não submetter á operação, essa vida é muito incommoda, afflictiva, cruel mesmo, e que a ovariotomia duas vezes sobre tres restitue essa mulher perdida para si, para a familia, para a sociedade, para a propagação da especie, essa mulher inutilisada durante o pouco tempo que lhe restava de existencia, á vida como ella deve ser comprehendida, á vida prestavel e brilhante pela saude.

É de certo muito mais humano em logar de tres entes inuteis e atormentados pelo desgosto e pelo padecimento constante de alguns mezes, de um ou dois annos, ter duas pessoas prestantes e com saude para uma vida longa.

A cirurgia, que prefere assistir de braços cruzados ás funestas consequencias de uma doença que é possivel operar com probabilidade de feliz exito, é certamente muito commoda para quem a exerce; não expõe ao trabalho da operação e ao desgosto do mau resultado que póde seguir-se; mas é execravel

n'esta época em que os progressos cirurgicos têem chegado a ponto de se extirpar o utero com os ovarios por uma ferida do abdomen, conseguindo salvar a mulher. Ainda ultimamente esta gravissima operação foi praticada pelo sr. dr. H. R. Storer, de Boston, com feliz exito[1], sendo a 6.ª operação d'este genero seguida de cura, e a 4.ª na America. As outras duas pertencem ao dr. Clay (de Manchester) e ao sr. Koeberlé (de Strasbourg).

Por tanto, em casos analogos áquelle em que pratiquei a primeira ovariotomia, conto proceder do mesmo modo, e tenho fé que o bom exito coroará os meus esforços, como me parece que aconteceria na primeira operada, se não succedesse o incidente que referirei. O celebre Baker-Brown, que possue hoje uma estatistica de ovariotomias das mais favoraveis, teve o desgosto de perder as tres primeiras operadas; mas tinha tanta confiança no exito da operação que fez a sua 4.ª ovariotomia em sua propria irmã, que foi para elle o primeiro caso de cura e que tem tido depois filhos. *(Carta do sr. dr. G. Gaskoin, de Londres, ao Escoliaste Medico)*

Se a doente que operei fosse mais velha e se o kysto tivesse começado depois da edade adulta, eu não procederia do mesmo modo, porque é certo que os kystos que se desenvolvem n'este periodo da vida teem marcha mais lenta e ficam muitas vezes estacionarios; mas não acontece o mesmo aos que se manifestam na puberdade, porque esses, como o da minha operada, teem quasi sempre desenvolvimento rapido e continuo, e em pouco tempo determinam incommodos da maior gravidade, profundas perturbações na economia e emfim a morte se se não operam.

Feitas estas considerações preliminares para justificar o meu procedimento, vou apresentar a observação a que me tenho referido, começando pela observação da doente antes de operada, seguindo com o processo operatorio adoptado, descripção da peça pathologica extirpada, e terminando com a marcha dos phenomenos morbidos depois da extirpação do kysto.

[1] *Successful removal of the uterus and both ovaries by abdominal section; the tumor, fibro-cystic, weighing thirty-seven pounds,* by Horatio Robinson Storer, M. D., of Boston, assistent in obstetrics and medical jurisprudence in Harvard University, surgeon to the new England Hospital for women, and professor obstetrics and the diseases of women in Berkshire medical College, Boston 1866.

Aproveito este logar para agradecer muito ao auctor, o sr. dr. Storer, o haver-me presenteado com um exemplar do excellente e mui instructivo escripto que acabo de citar.

Observação da doente antes de operada

D. Gertrudes S. F. de vinte e quatro annos, solteira, de temperamento lymphatico-nervoso, constituição fraca, estatura alta, magra, natural de Lisboa, moradora na Calçada do Marquez d'Abrantes n. 76, começou a perceber um tumor no baixo ventre ha perto de tres annos. Foi vaccinada na primeira infancia; teve escarlatina aos quatro annos, sarampo aos oito e varicella aos quinze annos.

Quando tinha seis annos padeceu uma angina, a que se seguiu muita tosse que durou uns tres mezes. Dos doze para os treze annos appareceu-lhe dor de peito com emagrecimento e febre de fórma remittente ou de crescimentos que cessaram depois de alguns mezes indo para o campo; mas a dor de peito reappareceu ainda uma ou outra vez, sendo attribuida ao uso da dança e do piano. Depois dos treze annos foi sujeita a attaques nervosos hysteriformes, precedidos de dores no ventre com difficuldade de dejecções alvinas a que era aliás habituada desde creança. D'aquella mesma edade em diante até aos vinte annos foi varias vezes acommettida de erysipela na cabeça.

Foi regulada pela primeira vez na edade dos treze annos, durante quatro dias; e de então por diante a funcção menstrual executou-se sempre regularmente até junho de 1864, em que lhe faltou pela primeira vez para reapparecer passados seis mezes, isto é, em dezembro do mesmo anno. Continuou assim a ser menstruada com regularidade durante oito mezes consecutivos, mas com intervallos mais curtos, de quinze dias sómente. Faltou-lhe de novo o fluxo catamenial em agosto de 1865 e d'ahi em diante por mais quatro mezes até 28 de dezembro do mesmo anno, em que appareceu novamente durante quatro dias, assim como em 25 de janeiro de 1866 com a mesma duração. A manifestação do fluxo menstrual era sempre precedida, durante um ou dois dias, de algumas dores na região lombar e uterina.

Seu pae morreu de uma apoplexia cerebral contando sessenta e quatro annos de edade. Sua mãe, que tem cincoenta e tres annos, é magra mas gosa saude regular.

Teve onze irmãos, tres do sexo masculino e oito do sexo feminino. Os tres rapazes morreram, dois em pequeninos com tosse convulsa, e o terceiro na edade de cinco annos, estando doente apenas dezoito horas. Das oito irmãs morreram-lhe cinco, duas com bronchites em pequeninas, uma aos tres annos depois de uma queda, outra aos oito annos de uma angina grave e a ultima tysica, ha tres annos, contando dezeseis de edade. Tambem lhe falleceu de tuberculos pulmonares uma tia paterna na edade de vinte e quatro annos. Das tres irmãs que ainda vivem uma, de saude regular, tem vinte e cinco annos; outra, de vinte an-

nos, é sujeita a ataques nervosos epileptiformes; e a terceira, que conta hoje treze annos com uma saude soffrivel, teve aos dez e meio e aos doze annos muitos symptomas de tuberculos pulmonares incipientes, como tosse com expectoração muco-puriforme, dor de peito, emagrecimento, febre com exacerbações nocturnas e suores, que todavia cederam de ambas as vezes ao uso mais ou menos prolongado do oleo de figados de bacalhau, leite, iodureto de ferro, ares do campo, etc.

Foi em maio de 1863 que D. Gertrudes percebeu pela primeira vez que tinha o ventre mais volumoso na região hypogastrica. Um anno antes havia ella sentido uma dor intensa no lado esquerdo e parte inferior do ventre, proximo da verilha, a qual durou vinte e quatro horas, cedendo á applicação de doze sanguesugas, um banho geral morno, e apposições narcoticas e emollientes. Mezes antes d'este incidente, estando na Golegã, caíra de sobre um cavallo em que passeiava, mas não lhe parecia que a queda tivesse relação com a dor manifestada depois no lado esquerdo do ventre.

Vendo a doente n'aquelle mesmo mez, pude conhecer bem um tumor no hypogastro aproximadamente oval, liso, sem desegualdades, com fluctuação muito obscura, que subia uns tres dedos transversos acima dos pubis, com os caracteres do kysto do ovario, então evidentemente livre de adherencias ás paredes do ventre que se moviam facilmente sobre elle. Escuso dizer que a percussão dava som massiço na parte correspondente ao tumor, som claro nas partes lateraes, e que, fazendo variar a posição da doente, o som massiço era sempre nos pontos occupados pelo neoplasma. Aconselhei por esse tempo, como tratamento palliativo, o uso interno do iodureto de ferro e de potassio alternados, os banhos do mar, e o uso constante de uma cinta elastica que trouxesse o ventre comprimido. Apesar d'estes meios o tumor foi crescendo progressivamente ainda que com uma certa lenteza nos primeiros tempos.

Quando a menstruação se supprimiu pela primeira vez, e nos mezes que se seguiram a junho de 1864, o tumor cresceu mais depressa, tendo depois desenvolvimento mais moroso nos mezes em que a funcção catamenial subsistiu, para tornar a crescer muito mais desde agosto do anno passado. Foi de então para cá, estando em Coimbra, que a doente começou a passar mais incommodada no tocante ás funcções digestivas e respiratorias: a digestão era difficil, demorada, tinha sentimento de notavel pressão sobre o estomago, algumas vezes vomiturições, outras vomitos, dejecções alvinas sempre difficeis, a ponto de precisar provocal-as por varios meios; a respiração oppressa, mais ou menos curta, impossibilitando bastantes vezes o decubito dorsal, etc.

Em principio de outubro de 1865 começou a ter crises dolorosas que a incommodavam extraordinariamente. As dores manifestaram-se intensas abaixo do hypochondrio direito e foram acompanhadas de febre e fastio, cedendo no

fim de oito dias ao repouso na cama, á applicação de sanguesugas, cataplasmas emollientes e narcoticas, e a um purgante.

A doente resolveu então vir para Lisboa, onde chegou em novembro do anno preterito, tendo estado nove mezes em Coimbra; e pediu-me de novo o meio de se livrar da doença que a affligia.

Por esse tempo a minha observação deu o seguinte: Ventre extremamente volumoso, proeminente e tenso como o de uma senhora no fim da gravidez, mas antes da descida do utero, como habitualmente succede nos ultimos dez ou quinze dias da gestação. Veias subcutaneas do ventre muito apparentes e desenvolvidas. Cavidade umbilical desfeita e o umbigo nivelado com a superficie circumvisinha do ventre. Som massiço em todo o abdomen, qualquer que fosse a posição tomada pela doente, com excepção do epigastro, prolongamento d'este para o lado esquerdo, e nas regiões posteriores correspondentes aos colons ascendente e descendente. Nas mesmas partes em que a percussão dá som massiço a palpação indica grande tensão e elasticidade, superficie lisa e sem desegualdades apreciaveis, fluctuação um pouco obscura, particularmente na parte inferior e esquerda do ventre, onde a consistencia do tumor é tambem um pouco maior. As paredes do ventre estão tensas de mais para ser possivel reconhecer bem a mobilidade d'ellas sobre a superficie exterior do kysto, todavia percebe-se que escorregam um pouco sobre ella. A medição do ventre deu 96 centimetros na circumferencia horisontal ao nivel do umbigo; 40 centimetros na distancia do appendice xyphoide á parte superior da symphise pubica, sendo 19 $^1/_2$ centimetros da parte supraumbilical, e 20 $^1/_2$ centimetros da parte infraumbilical; 26 centimetros da espinha iliaca anterior e superior esquerda ao umbigo; e 28 centimetros entre os pontos correspondentes do lado direito [1]. A doente estava magra, cansava muito; a respiração, um pouco affrontosa, era impossivel de levar ao fim no acto inspiratorio pela opposição do diaphragma que não descia sufficientemente; não podia dormir senão com a cabeça alta; tinha varias noites sonhos maus ou pesadelos, oppressão epigastrica, fastio, digestão morosa, dejecções alvinas muito tardias, micção frequente, dores tensivas no ventre e na região lombar, pulso fraco entre 76 e 82; entretanto tinha boa côr de pelle e das mucosas e estava muito animada e bem disposta.

N'estas circumstancias disse á doente e á sua familia que havia uma operação, ainda não praticada em Portugal, a ovariotomia, a qual, se bem que mui grave e arriscada, a podia curar radicalmente. Que outras duas operações po-

[1] Tendo n'este caso a distancia ileo-umbilical direita 2 centimetros a mais do que a distancia ileo-umbilical esquerda, e sendo o kysto ovarico do lado direito, é de presumir que a medição comparativa d'aquelles dois diametros obliquos do ventre seja um bom signal para conhecer o ovario affectado.

diam ser tentadas; mas que uma d'ellas, a puncção simples, era um meio palliativo, e, com quanto geralmente sem gravidade immediata, nem sempre era isempta de perigo; e que a outra, a puncção com injecção iodada, algumas vezes dava a cura radical, mas podia ter o mesmo perigo da ovariotomia. Acrescentei ainda que estas duas operações eram de mais a mais inapplicaveis no caso que o tumor fosse constituido por muitos loculos ou cavidades com liquido espesso, como eu suppunha ser aquelle que ella tinha. Aconselhei comtudo á doente que primeiramente se submettesse á puncção do kysto como meio explorador.

Por esse tempo foi a doente vista successivamente pelos collegas os srs.: Alves Branco, dr. Cunha Vianna, dr. May Figueira e dr. A. A. da Costa Simões, os quaes concordaram no emprego do meio proposto, assim como na pratica ulterior da ovariotomia, que tambem lhes propunha.

No dia 7 de dezembro de 1865 procedi effectivamente á puncção do kysto sobre a linha branca para não provocar adherencias em parte mais prejudicial, se a operação radical houvesse de ser praticada; mas pela canula do trocate de paracentese não pôde sair mais do que uma ou duas colhéres, das de sopa, de um liquido muito espesso, com o aspecto da clara de ovo, mas menos transparente e mais denso.

Em vista d'este resultado e da marcha mais rapidamente crescente do tumor, sem nenhum meio de dar allivio, mesmo temporario, á doente, propuz-lhe definitivamente a operação sem lhe occultar, repito, nem á familia todo o perigo d'ella, mas como unico recurso a oppor ao seu grande mal.

A operação foi acceita. Addiei-a sómente para um pouco mais tarde, esperando que o inverno estivesse menos rigoroso do que então, e para que a doente adquirisse mais algumas forças. Com este fim prescrevi-lhe o uso das carnes vermelhas duas vezes no dia, o vinho do Porto, as pilulas de iodureto de ferro, os passeios ao ar livre, etc. Em presença d'este tratamento a doente recuperou o appetite e melhor nutrição, e nos fins de dezembro reappareceu-lhe a menstruação que faltava havia cinco mezes, sentindo-se depois mais desaffrontada e com o ventre um pouco menos tenso. O fluxo menstrual voltou de novo nos fins de janeiro, mas a doente não achou em seguida os mesmos allivios que experimentára no mez anterior. Pelo contrario, appareceram as dores no ventre como as havia tido em Coimbra, ainda que menos intensas e menos duradouras, e sendo a sua séde na parte inferior e esquerda do abdomen; a oppressão augmentou; o ventre distendeu-se mais, medindo 98 centimetros de circumferencia horisontal na altura do umbigo, e manifestaram-se signaes de principio de derramamento liquido na cavidade peritoneal. Foi então assentado que a operação fosse praticada quanto antes, porque nada havia a esperar senão a deterioração progressiva da doente, que ficaria por isso menos bem disposta para o bom resultado da ovariotomia.

Effectivamente, seis dias depois de terminada a menstruação, em 5 de fevereiro de 1866, pratiquei a ovariotomia na presença e com o auxilio dos seguintes collegas, os srs.: dr. Antonio Augusto da Costa Simões, lente da faculdade de medicina de Coimbra; dr. Ignacio Rodrigues da Costa, preparador de histologia na mesma faculdade; dr. Cunha Vianna, dr. May Figueira, Ribeiro Vianna, Teixeira Marques, lentes da escóla medico-cirurgica de Lisboa; Alves Branco, Falcão de Carvalho e Silva Amado, cirurgiões do hospital de S. José, o primeiro d'estes especialista em molestias de mulheres, e o ultimo tambem preparador e conservador do museu d'anatomia pathologica da escóla de Lisboa.

Antes de descrever a operação, como a executei, devo dizer que tinha empregado todos os meios ao meu alcance para prevenir a maior gravidade da peritonite, e conduzir as coisas ao melhor resultado. Assim escolhi para operar a doente, e para ficar depois de operada, uma casa com sufficiente capacidade e com janella exposta ao sul. A beneficio de um fogão collocado na casa contigua mantive a temperatura entre 19° e 21° centrigados regulada por thermometro. A exemplo do sr. Koeberlé, as esponjas de que me servi, e que deviam tocar o peritoneo, eram perfeitamente limpas, para o que as fiz lavar primeiro em agua pura, depois e successivamente em acido nitrico diluido, em um soluto de bicarbonato de potassa, em alcool e por fim em agua distillada. A agua empregada em toda a operação era morna e tinha sido fervida com o fim de destruir qualquer microzoario, microphyto ou outra materia organica que em contacto com a ferida e com o peritoneo podesse ser origem de alguma evolução pathologica. A doente foi vestida de flanella em contacto immediato com a pelle, etc.

No dia 4 de fevereiro pela manhã a doente tomou 1 onça de oleo de ricino com xarope de limão e 2 gottas de essencia de aniz.

No dia 5 pelo meio dia, reunidos aquelles collegas para procedermos á operação, declarei-lhes primeiro que se tratava de um kysto multilocular do ovario contendo liquido mais ou menos espesso e gelatiniforme; que o tumor tinha pelo menos tres annos de existencia e que crescera extraordinariamente nos ultimos mezes; que a puncção simples praticada dois mezes antes não dera saida senão a uma quantidade insignificante de contento; que suppunha haver adherencias na superficie exterior do kysto, pelo menos no logar das dores sentidas pela doente, e talvez tambem no da puncção praticada sobre a linha branca; que um dos ovarios, provavelmente o direito, estava são como parecia denuncial-o a continuação da funcção menstrual, com quanto temporariamente interrompida; que me parecia não dever addiar por mais tempo a ovariotomia em vista do maior crescimento do ventre nos ultimos tempos, do derrame já manifesto na cavidade peritoneal, e do maior incommodo e enfraquecimento da

doente ultimamente; disse-lhes como pretendia effectuar a operação, segundo as diversas hypotheses que podiam dar-se; e distribui por fim as funcções dos collegas que me faziam a honra de ser ajudantes, pelo seguinte modo: aos srs. professores dr. Cunha Vianna e May Figueira encarreguei a chloroformisação; ao sr. Alves Branco a compressão do ventre nas partes lateraes para evitar a quéda do contento do kysto na cavidade peritoneal; ao sr. professor Ribeiro Vianna a apresentação dos instrumentos, que estavam dispostos na ordem em que tinham de servir; ao sr. Falcão de Carvalho, aparentado com a doente, enxugar o sangue e auxiliar-me nas laqueações que fosse preciso fazer; ao sr. Amado receber os contentos do tumor. Os restantes collegas ainda auxiliaram por outras fórmas a execução da operação que passo a descrever.

Processo operatorio seguido

Dispostas assim as coisas e tendo recommendado á doente que evacuasse a bexiga antes de começar a operação, foi ella collocada em decubito dorsal na extremidade de uma cama *ad hoc* com a parte superior do tronco um pouco elevada, e os pés apoiados sobre dois pequenos bancos, defronte de uma janella de sacada que illuminava larga e abundantemente.

Começou a chloroformisação meia hora depois do meio dia, mas foi só pela 1 hora que a anesthesia estava completa, e que, collocado á direita da doente, procedi á ovariotomia pelo modo seguinte:

Pratiquei uma incisão de 14 centimetros na linha mediana do ventre, sobre a linha branca, começando a 2 1/2 centimetros abaixo do umbigo e terminando a 4 centimetros da symphise pubica, que comprehendeu a pelle, a fascia superficial e a camada gordurosa até á aponevrose exclusivamente. Depois d'esta incisão tive que laquear dois pequenos ramos da arteria subcutanea abdominal, ficando assim toda a ferida limpa de sangue. Em seguida incisei a linha branca na mesma extensão da primeira incisão, sobre sonda de rego, e do mesmo modo o peritoneo. Por esta occasião reconheci que havia serosidade infiltrada entre a aponevrose e o peritoneo, e saiu algum liquido seroso contido na cavidade abdominal, como fora percebido nos ultimos dias antes da operação, mas em pequena quantidade.

Patenteada assim a parte anterior da superficie do kysto, que era lisa, regular, de côr branco-suja e aspecto fibroso, abundantemente percorrida por vasos geralmente venosos collocados por baixo da lamina serosa, e em que se via extraordinariamente desenvolvida a trompa de Fallopio do lado direito, levei os dedos e a maior parte da mão direita entre o kysto e a parede abdominal, com o fim de reconhecer se havia ou não adherencias, as quaes, existindo

na linha mediana, na parte correspondente á puncção anteriormente feita, assim como na região inferior e esquerda, e na superior e direita do ventre, pude destruir em parte com os dedos, e cortei outras mais compridas com o bisturi, tendo-as previamente laqueado.

Enxuto com as esponjas o pouco sangue que saiu com estas manobras, e continuando a compressão lateral do ventre que fazia proeminente o tumor, cravei na parte média d'este, e até além do respectivo rebordo ou resalto, o trocate especial para a evacuação dos hystos ovaricos, fabricado pelo sr. Mathieu, de Paris, munido de um tubo metallico addiccional a que tinha adaptado um tubo de gutta-percha de meio metro para evacuar os liquidos, por fórma a não cairem na cavidade abdominal mas em uma bacia devidamente collocada. Mas, puxado o ponção-embolo do trocate, apenas correu com grande difficuldade e morosidade um liquido branco-acinzentado, muito espesso, transparente e gelatinoso. Ficou assim confirmado o juizo feito de ser o kysto multilocular apesar de perfeitamente regular e sem nenhum signal superficial que indicasse essa disposição. Tirei então o trocate, dilatei com bisturi a respectiva abertura do kysto, e pude verificar que a cavidade evacuada, apesar de ser das maiores no presente facto, tinha capacidade que apenas correspondia ao volume de um punho. Pela superficie interior da cavidade kystica aberta fiz então varias puncções por meio de um trocate de paracentese, conseguindo assim evacuar mais algum liquido, e punccionei tambem mais duas cavidades maiores com o trocate da ovariotomia, e depois de tudo isto, em que se consumiu mais de uma hora, porque as cavidades que foi necessario abrir eram muito numerosas, e porque o liquido de todas era muito denso, sendo quasi todo com o aspecto da clara de ovo, outro atirando mais para a côr de agua ligeiramente leitosa, e outro para a de caffé com pouco leite, é que foi possivel applicar as duas pinças de tracção, tambem de Mathieu, com as quaes pude extirpar a totalidade do kysto, reconhecendo então que elle tinha pediculo, se bem que curto, e muitas e mui curtas adherencias ao fundo da bacia entre o recto e o utero, entrando n'ellas estes dois orgãos, as quaes adherencias foram destruidas com os dedos.

Passei depois a ligar o pediculo, que era grosso, a 4 ou 5 centimetros do utero, atravessando-o pelo meio, a exemplo de Baker-Brown, com uma agulha munida de um grosso fio de seda encerado, atando para isso primeiro uma metade e depois todo o pediculo de modo a ficar perfeitamente seguro contra a hemorrhagia da volumosa arteria que o tacto deixava ali perceber. Extirpei então o kysto cortando-o 1 1/2 a 2 centimetros por fóra da laqueação. O volume do kysto assim extrahido, depois de evacuada grande quantidade de liquido que enchia uma bacia grande de latão, tinha volume talvez superior a uma cabeça de adulto e enchia uma bacia de mãos.

Depois d'isto passei a enxugar e a estancar o sangue que havia na excavação pelvica e que tinha sido dado pela rotura das adherencias da parte mais baixa do kysto, servindo-nos para isso das esponjas devidamente limpas, nas quaes o liquido era embebido, espremendo-as depois fóra sem as lavar. Esta parte da operação foi necessariamente demorada, porque não quiz fechar o ventre sem ter limpo todo o sangue que se havia derramado, e sem ter razão para não esperar nenhuma hemorrhagia posteriormente. 5 quartos de hora depois, pouco mais ou menos, é que a exsudação do sangue tinha inteiramente cessado e a cavidade peritoneal estava perfeitamente limpa.

Fixei então o pediculo por meio do constrictor applicado por detraz do laço e colloquei-o na parte mais baixa da ferida; dispuz no seu trajecto mais curto as linhas das varias laqueações, as quaes foram em numero de dez, duas superficiaes e oito profundas, sendo estas das paredes do ventre, do epiploon, do intestino delgado e do fundo da excavação pelvica, e appliquei os pontos de sutura para unir a ferida. Estes pontos foram em numero de seis, dois profundos, de clavilha, e quatro superficiaes, de sutura enroscada. Os primeiros foram praticados de cima para baixo, a 3 centimetros do angulo superior da ferida, com longas agulhas munidas de fios de prata dobrados, começando e terminando a 6 centimetros da margem da ferida, e comprehendendo todos os tecidos desde a pelle até ao peritoneo com exclusão d'este que não foi incluido na costura, ao contrario do que pratica Spencer Wells e a generalidade dos operadores inglezes, e a 5 centimetros um do outro ponto. Tiradas as agulhas conductores dos fios de prata, foi posta na ansa respectiva um pedaço de vela elastica grossa, da extensão de 5 centimetros, e no lado opposto, entre as duas extremidades do fio, outro cylindro elastico sobre o qual estas foram torcidas depois de approximados os labios da ferida. Os pontos da sutura superficial feitos com alfinetes de entomologia foram postos no intervallo, e acima e abaixo, dos pontos da sutura de clavilha. As linhas das laqueações, descrevendo o caminho mais curto, foram fixadas aos cylindros de gomma elastica e ao constrictor do pediculo segundo as respectivas posições. Não só por baixo das chapas ou pas do constrictor, como debaixo das clavilhas foram postos fios de linho por fórma a prevenir a compressão da pelle respectiva, e o pediculo foi pincelado com perchlorureto de ferro liquido a 30° como preventivo da sua putrefacção. O abdomen ficou muito notavelmente deprimido; e a circumferencia horisontal do ventre, passando pelo umbigo, marcava então 60 centimetros.

Terminada assim a operação, a doente ainda sob a influencia do chloroformio, de que se gastaram treze onças, foi collocada na sua cama previamente preparada e aquecida. No ventre foi posto um oleado de seda sobre o qual se collocaram, aos lados da linha media, duas bexigas contendo kilo e meio de neve com o fim de evitar a peritonite e prevenir a putrefacção. Duas almofa-

das de semeas, uma de cada lado do ventre, e outra debaixo dos joelhos concorriam para manter a doente no decubito dorsal com os joelhos levantados, em que foi collocada, sem que a ferida soffresse tracções lateraes. Aos pés foram collocadas duas botijas com agua quente.

Tinham-se gasto então tres horas com a operação, além de meia hora para obter a anesthesia, o que foi devido ás difficuldades de evacuar muitos dos kystos de que o tumor se compunha, até o reduzir ao volume de poder sair pela ferida abdominal, e á precisão de parar e limpar todo o sangue derramado no abdomen antes de a terminar.

A doente acordou dentro de pouco sem ter consciencia do que se havia passado, tranquilla, e com o pulso a 96.

Anatomia pathologica do tumor extirpado[1]

«O liquido extrahido, durante a operação, dos loculos do kysto pelas puncções e incisões, mediu 5 litros.

O tumor, que não era bosselado, ficou então reduzido a um volume ainda superior á cabeça d'um adulto; pesava 2000 grammas, pertencendo 1000 ao liquido n'elle contido, e o restante ás paredes do tumor.

Depois de evacuada a maior parte d'este liquido o tumor ficou achatado com a circumferencia elliptica, medindo o grande eixo $0^m,30$ e o pequeno $0^m,25$.

Exteriormente observa-se a superficie polida do peritoneo que reveste o tumor, partindo em diversos pontos laminas mais ou menos espessas, quasi todas evidentemente vasculares, que constituiam as adherencias que foram destruidas.

Na parte anterior da união dos dois terços superiores com o terço inferior existe uma lamina com o bordo superior livre, espesso, medindo $0^m,12$ e coberto pelo peritoneo que se continua sem interrupção com os folhetos anterior e posterior da referida lamina. O bordo direito mede $0^m,07$, é franjado e adhere ao tumor pelas franjas do folheto posterior, que lhe enviam uma expansão muito delgada; na parte superior d'este bordo, observa-se, separando as franjas anteriores das posteriores, o orificio d'um canal permeavel em toda a sua extensão, que segue o referido bordo na espessura d'esta lamina: este orificio tem $0^m,003$ de diametro.

O bordo esquerdo de $0^m,05$ manifesta o corte que se fez para separar esta

[1] Esta parte foi elaborada pelo meu amigo e collega, o sr. Amado, preparador e conservador do museu d'anatomia pathologica da Escóla Medico-Cirurgica de Lisboa; e a peça a que ella se refere, por elle preparada, está deposta n'este museu.

lamina do orgão a que adheria; na parte superior existe outro orificio do canal já mencionado, tendo apenas $0^m,0005$ de diametro.

D'esta descripção se deduz que este canal era a trompa de Fallopio, que estava permeavel em todo o seu trajecto, e que o tumor era constituido pela degeneração kystica do ovario direito.

Atravez do peritoneo vê-se a camada do tecido fibroso proveniente da hypertrophia do estroma do ovario, dando ao tumor uma cor d'um branco sujo.

Na camada subperitoneal observam-se numerosos vasos, sendo os mais volumosos na parte posterior e inferior.

A espessura das paredes do tumor varia entre $0^m,005$ e $0^m,0005$, sendo mais delgadas na parte superior e posterior: em alguns pontos, onde offerecem menos espessura, dilaceram-se com muita facilidade.

Interiormente é constituido por kystos em numero não inferior a 150, de grandezas muito variadas desde 1 decimetro cubico até 1 millimetro.

Os kystos mais volumosos, em numero de tres, quasi eguaes em desenvolvimento, teem a sua séde na parte posterior e superior do tumor. Na parte anterior e inferior, no ponto correspondente á inserção do pavilhão da trompa, observa-se um aggregado de pequenos loculos, parecendo serem as vesiculas de Graaf d'uma porção do ovario que apenas começava a soffrer a degeneração kystica.

Dos diversos kystos secundarios uns são simplesmente contiguos, outros formam relevo no interior d'outros maiores, constituindo os chamados kystos proligeros ou cystoides (Kiwisch). Observando attentamente a superficie interna das paredes dos grandes kystos, nota-se, em alguns pontos, pequenas vegetações epitheliaes sendo umas sésseis, outras pediculadas e analogas ás que teem sido observadas por Hodgkin, Kiwisch e Farre.

O liquido extrahido dos diversos loculos offerecia propriedades differentes:

Limpido em uns, branco sujo ou anegrado em outros, mais ou menos viscoso em todos, sendo tratado pelo calor e pelo acido azotico denuncia a albumina que tem dissolvida.

O liquido limpido é o menos viscoso e turva-se apenas pelos reagentes que coagulam a albumina: a tintura de iodo, posta em contacto com o liquido extrahido de qualquer dos kystos, não adquire a cor azul.

Submettido o liquido ao microscopio, observam-se numerosos corpusculos granulosos, de grandezas variaveis entre $0^{mm},006$ e $0^{mm},06$, analogos uns aos globulos de muco, outros a verdadeiras cellulas epitheliaes: estes corpusculos encerram numerosas granulações e os maiores encerram um nucleo.

Estes globulos, que teem sido encontrados por todos os micrographos, não teem sido interpretados do mesmo modo.

Koeberlé[1] considera os globulos granulosos caracteristicos dos kystos do ovario.

Nunn, segundo refere Labalbary[2], teve primeiro esta opinião, mas depois notando a grandeza variavel d'estes corpusculos, mudou de parecer.

Eu julgo que são cellulas epitheliaes em diversos periodos de evolução, o que explica a sua grandeza variavel, desde o estado de globulo de muco até á cellula morta.

Fundo-me na observação directa, na histogenia e na physiologia pathologica. É innegavel a analogia dos corpusculos granulosos dos kystos do ovario com os globulos de muco e as cellulas epitheliaes.

A presença nos kystos do ovario de globulos analogos aos de muco ao lado das cellulas epitheliaes vem confirmar as opiniões de Henle e de Hassall[3], que admittem que os globulos de muco são cellulas elementares do epithelio, ou uma primeira phase do seu desenvolvimento.

Finalmente, sendo os kystos do ovario o resultado da hypertrophia das vesiculas de Graaf, é claro que se devem encontrar no liquido n'ellas contido os mesmos elementos que se encontram nas vesiculas.

Koelliker[4] diz que o liquido contido nas vesiculas de Graaf é analogo ao soro do sangue, contendo detritos da camada granulosa, que, na opinião do illustre histologista, é o forro epithelial das vesiculas.

A significação que dou aos globulos granulosos é, pois, a que se concilia com a theoria dos kystos do ovario geralmente adoptada.»

Marcha da doença depois da operação

A operada, no 1.º dia, ficou tomando de duas em duas horas e alternadamente uma colher, das de sopa, dos dois seguintes medicamentos:

Acetato de morphina..... 10 centigrammas
Agua distillada.....120 grammas
Dissolva

Acetato d'ammonia..... 12 grammas
Agua distillada.....120 »
Dissolva

[1] *Opérations d'ovariotomie*, pag. 142.
[2] *Des kystes de l'ovaire*, pag. 40.
[3] *The microscopic anatomy*, vol. I, pag. 181.
[4] *Elémens d'histologie humaine*, pag. 575.

De meia em em meia hora um pequeno fragmento de neve, e de quatro em quatro horas algumas colheres de caldo de galinha e vacca. Socego.

Ás 7 horas da tarde do mesmo dia da operação a doente, no decubito dorsal que lhe foi recommendado, estava tranquilla, com o pulso a 92, calor regular, sem notavel sede, nem vomito, nem soluços, nem dor de cabeça. O mesmo tratamento.

Ás 10 horas o pulso a 100, alguma sede.

2.º dia —6 de fevereiro ás 9 horas da manhã. Passou regularmente a noite tomando o gelo, a morphina, o acetato d'ammonia e colheres de caldo, com intervallos de 1 a 2 horas durante os quaes dormiu. Foi-lhe tambem applicado no ventre o gelo em bexigas de 4 em 4 horas pouco mais ou menos. Por occasião da observação o pulso a 120, calor de pelle geral, sede, lingua boa, ventre deprimido, apenas doloroso. Não tem ourinado desde a operação, e por isso lhe extrahi a ourina com algalia elastica vindo o liquido limpido e citrino. Thermometro a 19º c. Continua o mesmo tratamento.

Ás 3 horas da tarde foi vista pelo collega o sr. dr. Figueira que achou o seguinte: pulso a 120, sede, pelle quente.

Ás 7 horas da tarde o sr. Alves Branco, que viu a doente em meu logar, notou o seguinte: «pulso a 140, calor de pelle geral, sede, lingua boa, nem soluço, nem vomito, nem dor de cabeça, continua a ter o ventre deprimido e apenas doloroso; extrahe-se a ourina que é limpida e com a cor e cheiro naturaes: thermometro a 19º.» Continuou o mesmo tratamento.

Ás 11 horas da noite o mesmo collega, que me substituiu ainda na minha impossibilidade, achou: «pulso a 140, calor de pelle, continua no mesmo estado da outra observação, bem; não ha signal nenhum de tympanite; extrahem-se 6 ou 7 onças de ourina d'apparencia normal. A doente está cansada da posição. O mesmo tratamento. Thermometro a 18º.»

3.º dia —7 de fevereiro, ás 8 ½ horas da manhã. Pulso a 140; grande incommodo em consequencia da replecção da bexiga, que cessa extrahindo-se uma libra de ourina de apparencia normal; calor de pelle egual, e não maior do que antes; sede, lingua sêcca; não ha, nem tem havido, soluço, vomito ou cephalalgia; ventre um pouco doloroso no hypogastro; alguma tympanite principalmente no epigastro, em consequencia da qual foi prescripto o subazotato de bismutho na dóse de 6 grãos em cada caldo. No mais não é alterado o tratamento. Thermometro a 18º.

Á 1 ½ hora da tarde observei o seguinte: grande incommodo pela necessidade de ourinar, e com a posição de costas; pulso a 140; calor de pelle geral, mas não exagerado; sede, lingua arida, enjôo, uma eructação de gazes do estomago; ventre um pouco doloroso, com alguma tympanite na região supraumbilical, e deprimido na parte infraumbilical. Extrahi seis onças de ourina

normal; apertei o pediculo, e pincelei-o com o perchlorureto de ferro; passei ligeiramenle a região da ferida com esponja embebida em soluto de sulfato de ferro (10:100); 12 grãos de subazotato de bismutho no caldo de 4 em 4 horas. Acetato de morphina e acetato de ammonia alternadamente. Fragmentos de neve para calmar a sede. Continuam as applicações frias no ventre.

Ás 6 horas da tarde. O pulso pequeno, a 144, calor regular, mas o nariz tendendo a esfriar; abatimento; ourinou e obrou espontaneamente ás 5 horas da tarde; o mais no mesmo estado. Suspende-se o uso da morphina e toma uma colher de vinho do Porto no caldo, de 3 em 3 horas.

Ás 7 horas o collega dr. Cunha Vianna observou o seguinte: «pulso pequenissimo, a 154; muito notavel abatimento; meteorismo epigastrico; soluçou tres vezes; algum delirio brando. Prescreveu maniluvio com agua bem quente; algumas colheres de cha de tilia que a doente desejava; sinapismos nos membros.»

Ás 10 horas da noite achei o pulso a 140; menor abatimento; não ha delirio; mãos e pés quentes, nariz um pouco frio; muita sede, lingua sêcca e rubra; ouvi distinctamente um soluço; tem dormido; ourinou duas vezes espontaneamente depois das 6 horas; o ventre parece menos tympanitico na região supraumbilical, pouco sensivel á pressão.

4.º dia — 8 de fevereiro, ás 8 horas da manhã. Dormiu soffrivelmente com intervallos irregulares, manifestando algum delirio quando acordava, aliàs tranquilla, sem soluços. Agora sente-se melhor, está animada; calor de pelle geral não excessivo, nariz quente; pulso a 140, um pouco mais desenvolvido; respira bem; lingua sêcca, sede; senti um soluço; o ventre com muito pouco meteorismo, sem dores; a ferida com excellente aspecto. Fica no uso do seguinte tratamento: colheres do soluto de acetato d'ammonia, caldo com vinho e bismutho, fragmentos de neve, as applicações frias no ventre e perchlorureto de ferro no pediculo que foi mais apertado; soluto de sulfato de ferro na ferida correndo sobre ella uma esponja embebida.

Ás 2 horas da tarde. Calor geral não excessivo; pulso a 138, mais desenvolvido; ainda algum soluço; lingua sêcca, sede; tem ourinado varias vezes; mais algum meteorismo na parte superior do abdomen; quasi nulla a sensibilidade do ventre; muito incommodada com a posição. Fica usando o seguinte tratamento: acetato d'ammonia 3 oitavas (12 grammas), agua distillada de aniz 4 onças (120 gram.), xarope de flores de larangeira 6 oitavas (24 gram.); para tomar uma colher, das de sopa, de duas em duas horas; caldo com vinho e bismutho: neve. Bexigas nevadas no ventre. O thermometro fica marcando 20º.

Ás 4 horas da tarde a observação do dr. Figueira deu: pulso a 150; calor egual; nariz frio; tres ou quatro soluços.

Ás 7 horas da tarde o dr. Cunha Vianna observou o seguinte: pulso a 96,

calor geral; tinha acabado de dormir e bebeu duas colheres d'agua que lhe promoveu tres ou quatro soluços; queixa-se de ligeiras dores no ventre, que attribue ao vinho; perfeito estado intellectual. Continua o mesmo tratamento com excepção do vinho.

Ás 11 horas da noite observei os seguintes symptomas: pulso a 136; calor geral não exagerado; nariz quente; menor sede, pedindo por isso muito menos vezes os torrões de neve; lingua menos sêcca; alguns soluços e eructações; perfeito estado da intelligencia; queixa-se ainda de algumas dores no ventre, attribuidas ao vinho e ao ultimo soluto de acetato d'ammonia, que por isso não continuam a administrar-se; o meteorismo e o dorido do ventre á pressão no mesmo grau; a ferida com optimo aspecto; não tem dormido e deseja descançar. Fica tomando uma colher do soluto de morphina de duas em duas horas e nos intervallos caldo ou neve; bexigas nevadas no ventre. Para de manhã cedo um clyster com chá de sementes de funcho e melaço.

5.º dia —9 de fevereiro, ás 7 horas da manhã. Teve muitos soluços de noite, que abrandaram com a applicação de flanella quente no epigastro; dormiu uma hora ou menos de cada vez, com intervallos irregulares; ligeiras dores espontaneas no ventre, que continua meteorisado na parte que fica acima do umbigo, e pouco doloroso á pressão; ainda sede e lingua sêcca se bem que menos do que nos dias precedentes; tem ourinado bem; o pulso a 136; calor regular; pés, mãos, orelhas e nariz quentes; raros soluços. O clyster foi expellido sem evacuar materias fecaes; enjoa os caldos. Leite e agua como alimento; clyster com electuario de senne e oleo de ricino; soluto de morphina com ether ás colheres.

Á 1 hora da tarde a observação do sr. dr. Costa Simões e May Figueira deu o seguinte: pulso a 110, pequeno; calor regular; lingua levemente sêcca; soluços frequentes depois de tomar o ether; não se queixa de dor no ventre.

Ás 4 horas encontro o pulso a 136, menos sede, lingua menos arida, menos soluços, que só apparecem quando bebe algum liquido, mas cessam logo que toma um fragmento de neve. O clyster tomado de manhã produziu duas evacuações pequenas. Pela ferida exsuda algum liquido sero-sanguineo. Penso-a correndo-a com esponja molhada no soluto de sulfato de ferro; pediculo escuro e endurecido, pincelado de novo com o perchlorureto de ferro; tiro o alfinete superior da sutura; cessaram as applicações nevadas ao ventre e são substituidas por uma cinta que comprime ligeiramente o abdomen. Fica tomando caldo com uma colher de vinho do Porto; uma pilula de 1 grão de camphora quando tomar a colher do soluto de morphina. A temperatura a 20°.

Ás 7 ½ horas da tarde o sr. Alves Branco observou: calor da pelle egual, halituoso na face, peito e braços; pulso de 136 a 140; tomou caldo com vinho e teve apenas alguns soluços que passaram no fim de dois ou tres minu-

tos administrando-lhe neve; lingua um pouco sêcca apenas no meio; algum meteorismo no ventre por egual; o resto bem.

Ás 10 horas da noite não achei differenças apreciaveis; apenas a doente se queixava d'algumas dores pelo ventre com borborygmos. Continua o mesmo tratamento.

6.º dia — 10 de fevereiro. A doente teve pela 1 hora da manhã arrefecimento do nariz e mãos, e depois excitação com calor e algum delirio, que cedeu aos sinapismos nos membros inferiores, maniluvio quente, chá de tilia e colheres de vinho do Porto. Passou socegada o resto da noite. Ás 9 horas da manhã a lingua está humida, quasi nenhuma sede; pulso a 130; calor geral muito regular; boa physionomia, muito animada e esperançada no prompto restabelecimento; soluços só depois de beber; o meteorismo menor, ventre sem dores espontaneas e quasi insensivel á pressão. A ferida com excellente aspecto; tirei o segundo alfinete; pensei a ferida com a dissolução de sulfato de ferro, duas tiras de adhesivo no logar dos dois alfinetes superiores tirados, uma compressa simples e cinta ligeiramente compressiva. Permitti-lhe que estivesse deitada sobre o lado direito durante uma hora, porque o decubito dorsal era já insupportavel, ajudando-a eu mesmo a mudar de posição com os devidos cuidados. Ficou tomando morphina com ether, camphora, caldo, leite. O thermometro marcava 21°.

Pelo meio dia, pouco mais ou menos, tendo a doente voltado a occupar o decubito dorsal havia duas horas, chamou a mãe e lançou-lhe rapida e instantaneamente as mãos ao pescoço e voltou-se, de repente e empregando força, sobre o lado esquerdo. Este acontecimento inesperado affligiu muito a familia.

Ás 2 horas da tarde o pulso a 140; calor de pelle regular; lingua bastante sêcca; mais sede; alguns gemidos; mais soluços; ventre muito mais meteorisado; cinta e compressa molhadas por liquido ensanguentado que exsuda da ferida ligeiramente entreaberta.

Ás 5 horas. Os mesmos phenomenos da precedente observação. Pensei a ferida do mesmo modo.

Ás 11 horas da noite. Além dos symptomas precedentes, agitação e excitação nervosa. A ferida continua a dar a mesma exsudação em maior quantidade e pensa-se a esta hora.

7.º dia — 11 de fevereiro. Ás 4 horas da manhã fui chamado para ver a doente que passára muito mal a noite: mais calor de pelle, suor quente mas abundante; gemidos, soluços mais frequentes e prolongados; mais meteorismo, ainda que pouca dor no ventre á pressão; não tem obrado. Prescrevo 4 grãos de calomelanos de duas em duas horas, acetato de ammonia com morphina. Tiro o constrictor e os ultimos dois alfinetes da sutura superficial. Pela ferida corre liquido vermelho-escuro. Curativo com o soluto de ferro e fios seccos, cinta.

Ás 7 horas da manhã maior anciedade, afflicções, soluços mais raros mas mais violentos e ruidosos, pulso mui pequeno, apenas perceptivel, suores geraes quasi frios, decomposição da physionomia, face hippocratica; começa a perder o conhecimento e succumbe ás 11 horas da manhã.

Assim descripta fielmente a marcha da doença depois da operação, como foi observada por mim e pelos collegas que seguiram a observação, nota-se o seguinte:

Que a operada passou regularmente nas primeiras quarenta e oito horas, com excepção da retensão de ourinas que para o caso não era symptoma muito importante;

Que no fim do 3.º dia começaram symptomas mais graves que denunciaram peritonite particularmente diaphragmatica e supraumbilical;

Que estes symptomas, tendo-se aggravado mais ou menos irregularmente até ao fim do quinto dia, remittiram notavelmente ao sexto dia, por fórma que na manhã do dia 10 de fevereiro a doente dava muita esperança de restabelecimento, que eu concebi assim como os collegas que viram a doente;

Que n'esse mesmo dia, a partir do meio dia em que a doente fez o movimento rapido e esforçado para se deitar sobre o lado esquerdo sem auxilio activo de ninguem, os symptomas geraes e o estado local começaram a peiorar por fórma que a doente succumbiu com exacerbação da peritonite, abrimento e exsudação da ferida, vinte e tres horas depois d'esse incidente.

Não será, pois, a este incidente que rasoavelmente se deve attribuir a morte, tendo passado os maiores perigos da operação?

Assim o creio.

Lisboa, 19 de abril de 1866.

ANTONIO MARIA BARBOSA

ESCRIPTOS DO MESMO AUCTOR

Ensaio sobre a cholera epidemica — por F. J. da C. Vianna e A. M. Barbosa, 1854.

Memoria sobre as principaes causas da mortalidade no hospital de S. José, e meios de as attenuar — por A. M. Barbosa, 1856.

Anatomia e pathologia dos apertos organicos da uretra — idem, 1857.

Noticia da febre amarella no Porto, Belem e Lisboa em 1856 — idem, 1858.

Estudos sobre o garrotilho ou crup — Memoria academica, idem, 1861.

Memoria sobre a tracheiotomia no garrotilho — Memoria academica, idem, 1863.

Nota sobre a uretrotomia interna — idem, 1864.

Investigações sobre a acção da fava do Calabar — idem, 1865.

As paralysias do asylo da Ajuda — idem, 1865.